RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

RMTC

Le 10 juillet 2014 • Volume 40•13
ISSN 1481–8531

Dans ce numéro : L'hépatite B

La Journée mondiale contre l'hépatite 2014 se tiendra le 28 juillet. L'hépatite B (HB) est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. L'infection par le virus de l'hépatite B touche environ 2 milliards de personnes dans le monde, soit près d'un tiers de la population du globe, et on estime à 400 millions le nombre de personnes porteuses d'une infection chronique par ce virus. Étant donné que le vaccin contre l'hépatite B est inscrit au calendrier de vaccination systématique du Canada depuis près de 20 ans, les taux de cas aigus de l'infection sont relativement faibles au pays. Découvrez la tendance continue à la baisse des taux d'hépatite B observée ces quelques dernières années; prenez connaissance des dernières nouvelles sur la prise en charge clinique de la maladie et sur les mesures à adopter pour éviter de contracter le virus en voyage; et consultez la rubrique *Communication rapide* qui traite des voyages à l'étranger et de la réapparition récente du poliovirus. Veuillez noter que les publications seront mensuelles au cours de l'été.

Surveillance

Surveillance de l'hépatite B au Canada : 2005-2012 296
Payne E, Totten S, Laroche J et Archibald C

Actualité clinique

Résumé du contenu du guide de référence intitulé : *Soins primaires de l'hépatite B – Aide-mémoire* 305
Gale-Rowe M., Latham-Carmanico C, Lalonde F et Wong T. au nom des auteurs et des collaborateurs

Résumé des recommandations pour la prévention de la contraction de l'hépatite virale en voyage 310
Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)

Communication rapide

Déclaration concernant le poliovirus et les voyageurs internationaux 315
Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)

Actualités sur les maladies infectieuses

Articles récemment publiés 322

Prise en charge de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B : Les lignes directrices actuelles en matière de traitement, les défis, et les nouvelles réalités.

Membres de CCMTMV pleurent la mort de C. William (Bill) Jeanes.

Appel de présentations

La soumission de manuscrits est sollicitée pour deux numéros thématiques à venir. Les articles peuvent être des comptes rendus de travaux de recherche novateurs (2 500 mots), des descriptions d'interventions de santé publique (2 000 mots) ou des commentaires (1 500 mots). Voir la rubrique Renseignements à l'intention des auteurs pour les modalités de soumission.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

Questions? Communiquer avec la rédactrice scientifique : patricia.huston@phac-aspc.gc.ca

Date limite de soumission :

Le 15 octobre 2014	Pratiques exemplaires pour contrer la résistance aux antimicrobiens
Le 1er novembre 2014	Problèmes de santé publique dans les régions éloignées

Surveillance de l'hépatite B au Canada : 2005-2012

Payne E[1*], Totten S[1], Laroche J[2] et Archibald C[1]

[1] Agence de la santé publique du Canada, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Ottawa (Ontario)

[2] Agence de la santé publique du Canada, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Ottawa, Ontario

* Auteure-ressource : elspeth.payne@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Objectif : Décrire les tendances des données de surveillance en fonction de l'âge, du sexe et du stade de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) au Canada entre 2005 et 2012.

Méthodes : Les données relatives aux cas d'hépatite B aiguë et chronique déclarés au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire sur l'ensemble du pays ont été compilées afin d'examiner les tendances en fonction de l'âge et du sexe au fil du temps. Les tendances au fil du temps sont présentées pour la période allant de 2005 à 2012, période pour laquelle des données faisant la distinction entre les infections aiguës et chroniques ont été disponibles.

Résultats : Entre 2005 et 2012, le taux des cas déclarés d'infection aiguë par le VHB a diminué, passant de 1,0 à 0,6 cas pour 100 000 habitants. La diminution du taux de cas au fil du temps a été observée chez les deux sexes, quoique le taux d'hépatite B aiguë ait été régulièrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Entre 2009 et 2012, le taux des cas déclarés d'infection chronique par le VHB a diminué, passant de 14,1 à 12,0 cas pour 100 000 habitants. Ces résultats sont fondés sur des données pour lesquelles le stade d'infection a été précisé. La proportion de cas non précisés relevés pour une année donnée peut influer sensiblement sur les résultats.

Conclusion : C'est la première fois, au Canada, que les tendances des cas déclarés d'hépatite B et des taux d'incidence correspondants sont examinées en fonction du stade de l'infection, soit aigu ou chronique, à partir de données de surveillance nationale. La tendance à la baisse des taux d'hépatite B se poursuit sur l'ensemble du pays, plus particulièrement pour les cas d'infection aiguë. Renforcer la capacité de faire la distinction entre les cas d'hépatite B aigus et chroniques permettra de mieux cerner les tendances de la transmission de l'infection et le fardeau de la maladie au pays.

Introduction

L'hépatite B (HB) pose un important problème sur le plan clinique et sur le plan de la santé publique dans le monde entier. À l'échelle mondiale, on estime à deux milliards le nombre de personnes infectées par le VHB (1) et à environ 400 millions le nombre de personnes porteuses d'une infection chronique (2). Environ 10 % des nourrissons infectés à la naissance et plus de 90 % des adultes guérissent complètement; dans le reste des cas, s'installe une infection chronique qui peut provoquer une maladie grave et un décès prématuré (3). En 2011, l'infection aiguë et l'infection chronique par le VHB ont été signalées en tant que cause sousjacente de 43 et 19 décès respectivement au Canada (4). Il se peut que ces chiffres soient sous-estimés, des décès attribuables à l'hépatite B chronique ayant pu être codifiés comme imputables à une cause plus immédiate, par exemple un carcinome hépatocellulaire ou une cirrhose.

Les taux d'hépatite B aiguë observés au Canada sont faibles et les programmes de vaccination systématique contre l'infection y sont sans aucun doute pour quelque chose. Au Canada, toutes les provinces et tous les territoires bénéficient d'un programme de vaccination contre l'hépatite B depuis les années 1990 (5). Bien que ces programmes varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, tous offrent la vaccination contre l'hépatite B aux nourrissons et aux enfants d'âge scolaire (6); dans certains territoires et provinces, le vaccin est également offert aux personnes plus particulièrement à risque de contracter le virus (7,8). En 2009, le taux de vaccination contre l'hépatite B chez les enfants âgés de 2 ans était estimé à 69 % dans les provinces et les territoires bénéficiant d'un programme de vaccination des nourrissons en trois doses (9). En 2011, la couverture vaccinale par l'administration d'au moins deux doses du vaccin contre l'hépatite B était de 74,8 % chez les jeunes de 17 ans (10). En 2012, la couverture vaccinale contre l'hépatite B à l'échelle nationale était estimée à 39,7 % seulement parmi la population adulte ne résidant pas en établissement; par contre, près de 64,9 % des travailleurs de la santé en contact étroit avec des patients avaient reçu le vaccin (11).

Le diagnostic de l'hépatite B doit être confirmé en laboratoire par l'analyse d'un échantillon de sang destiné à différencier l'infection par le VHB d'autres types d'hépatites. Les marqueurs de l'infection présents dans le sang peuvent également permettre de différencier les infections aiguës par le VHB des infections chroniques. Jusque récemment, les données de surveillance adressées au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SSMDO) par la plupart des provinces et des territoires ne faisaient pas de distinction entre les cas aigus et les cas chroniques de l'infection; à partir de 2005, un certain nombre de territoires et de provinces ont commencé à préciser le stade d'infection, aigu ou chronique, des cas déclarés. L'analyse objet du présent rapport avait pour objectif de décrire les tendances des données de surveillance selon l'âge, le sexe et le stade de l'infection au Canada entre 2005 et en 2012.

Méthodes

Sources des données

L'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1969; les données sur les cas d'infection aiguë et chronique par le VHB sont communiquées au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire par les ministères provinciaux et territoriaux de la santé, lesquels obtiennent ces données des autorités sanitaires locales et régionales. La plupart des provinces et des territoires font la distinction entre le stade aigu, chronique et non précisé de l'infection lors de la déclaration des cas d'hépatite B (voir les définitions de cas au **tableau 1**). Bien que la déclaration du stade de l'infection par les provinces et les territoires soit devenue plus courante au fil du temps, certains cas sont toujours déclarés sans mention du stade de l'infection. Étant donné que seuls les cas aigus et chroniques d'hépatite B sont analysés en détail dans le présent rapport, les résultats présentés ne couvrent pas la totalité des cas de la maladie déclarés au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire.

Tableau 1. Définitions de l'hépatite B utilisées dans le cadre de la déclaration des cas au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Stade de l'infection	Définition des cas (12)
Infection aiguë par le VHB	Mise en évidence de l'AgHBs et d'anticorps IgM anti-HBc couplée à des antécédents cliniques compatibles ou à une probabilité d'exposition **ou** Élimination de l'AgHGs chez un cas ayant été recensé comme positif pour l'AgHGs au cours des six derniers mois couplée à des antécédents cliniques compatibles ou à une probabilité d'exposition.
Cas confirmé d'infection chronique par le VHB	Persistance de l'AgHBs pendant plus de 6 mois **ou**

	Détection de l'AgHBs en l'absence documentée d'anticorps IgM anti-HBc **ou** Détection de l'ADN du VHB pendant plus de six mois.
Infection par le VHB non précisée*	Profil sérologique incompatible avec la définition de cas aigu ou chronique et AgHBs détecté **ou** Détection de l'ADN du VHB.

* Aux fins du présent rapport, la catégorie des cas déclarés comme non précisés pouvait également inclure les cas déclarés sans distinction du stade de l'infection par une province ou un territoire donnés.
AgHBs : antigène de surface de l'hépatite B.
Anticorps IgM anti-HBc : anticorps IgM contre l'antigène de la capside nucléïde du virus de l'hépatite B.

Analyse

Une analyse descriptive de l'infection à VHB par année, par groupe d'âge et par sexe a été menée à partir des données adressées au Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Les résultats de l'analyse sont présentés séparément pour les cas aigus et chroniques de l'infection et les taux sont exprimés en pourcentage de cas pour 100 000 habitants. Les taux, les pourcentages et le pourcentage de variation des taux ayant été calculés à partir de valeurs non arrondies, il peut y avoir une divergence entre la somme des valeurs arrondies présentées et les totaux non arrondis. Les données démographiques qui ont servi à calculer les taux d'incidence ont été fournis par Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. Les estimations suivantes ont été utilisées : estimations intercensitaires définitives pour 2005; estimations postcensitaires définitives pour 2006-2009; estimations postcensitaires mises à jour pour 2010-2011; et estimations postcensitaires préliminaires pour 2012.

Afin d'examiner les tendances au fil du temps, seules les données provenant des provinces et territoires qui ont systématiquement fourni des données séparées pour les cas aigus et chroniques d'hépatite B au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire pendant toute la période pertinente ont été incluses dans l'analyse. En ce qui concerne l'hépatite B aiguë, l'analyse couvrant la période allant de 2005 à 2012 a porté sur les données soumises par la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest. Dans certaines provinces et certains territoires, la déclaration des cas d'hépatite B chronique n'est obligatoire que depuis quelques années; elle ne l'est toujours pas en Ontario. La déclaration des cas d'infection chronique par le VHB étant devenue plus régulière en 2009, l'analyse des tendances de l'infection chronique a pris en compte les données allant de 2009 à 2012. Elle porte sur les données soumises par la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Québec, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse. Deux provinces (Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard) ont fourni exclusivement des données de déclaration de cas d'hépatite B non précisées pour l'ensemble de la période de collecte; ces données ne sont donc incluses dans aucune des analyses des données de surveillance nationale.

Les caractéristiques démographiques (âge et sexe) ont été examinées pour les cas d'hépatite B déclarés en 2012 afin de fournir un aperçu plus détaillé des données les plus récentes disponibles. Toutes les provinces et tous les territoires ayant déclaré des cas d'hépatite B pour cette année-là ont été inclus dans ces analyses; par conséquent, les données de déclaration de cas aigus d'hépatite B soumises par la Nouvelle-Écosse et celles de cas chroniques soumises par le Manitoba et le Yukon ont également été incluses en 2012.

Résultats

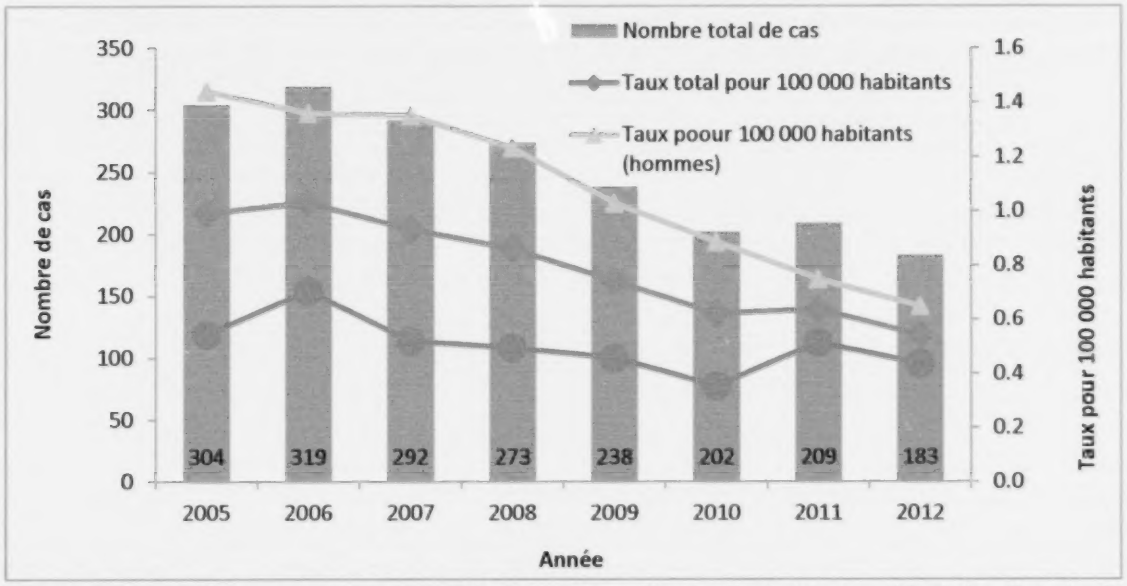
Infection aiguë par le VHB

Tendances au fil du temps

Le taux total des cas déclarés d'infection aiguë par le VHB a baissé régulièrement entre 2005 et 2012. En 2005, un total de 304 cas d'infection aiguë par ce virus ont été déclarés, ce qui correspond à un taux d'incidence global de 1,0 cas pour 100 000 habitants. En 2012, 183 cas ont été déclarés, soit un taux de 0,6 pour 100 000 (**Figure 1**).

Entre 2005 et 2012, le taux des cas déclarés d'infection aiguë par le VHB était régulièrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, malgré la réduction de l'écart entre les deux sexes observée au fil du temps. Bien qu'une baisse du taux d'incidence ait été observée au fil du temps chez les deux sexes, cette baisse était plus importante chez les hommes (53,8 %) que chez les femmes (19,8 %) (**Figure 1**).

Figure 1. Nombre de cas déclarés d'infection aiguë par le VHB et taux d'incidence correspondants, par sexe, au Canada, Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, 2005-2012



* Comprend les provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Yukon et Territoires du Nord-Ouest

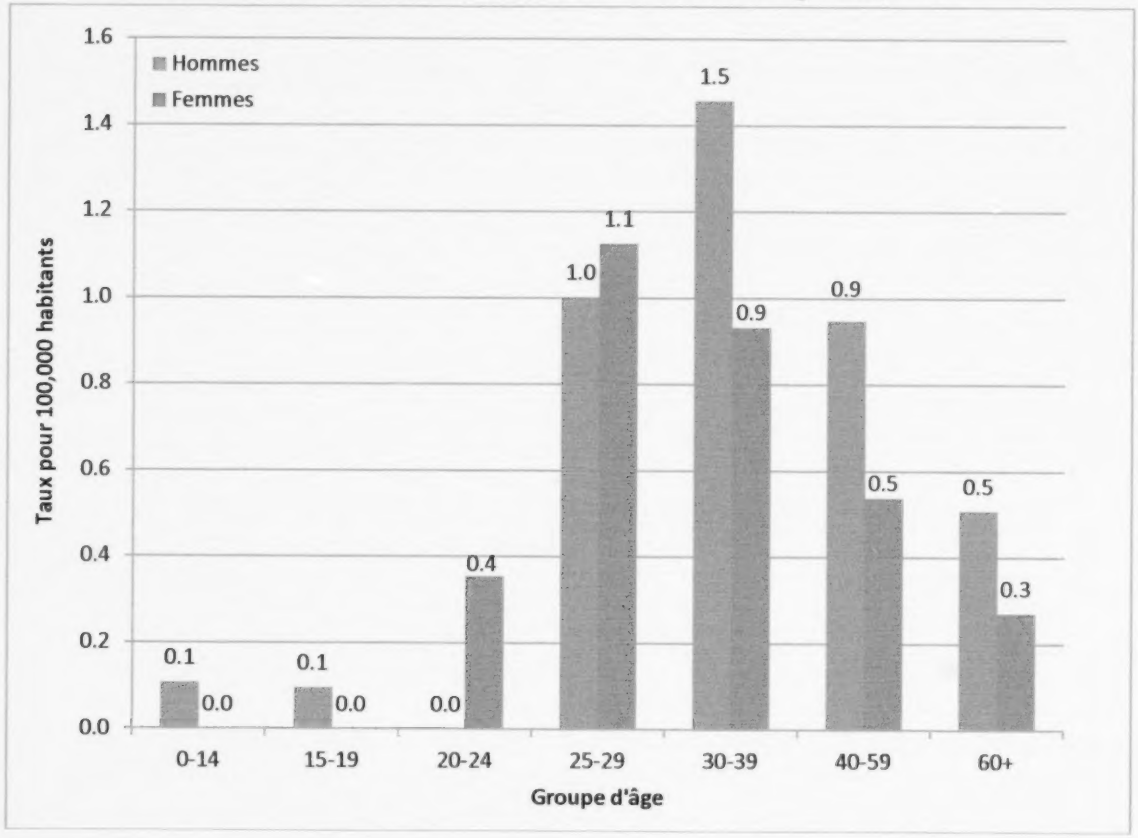
Tendances selon le groupe d'âge et le sexe

Entre 2005 et 2012, le taux des cas déclarés d'hépatite B aiguë chez les hommes a diminué dans tous les groupes d'âge. Le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë était régulièrement plus faible chez les hommes de moins de 25 ans, le taux d'incidence n'ayant pas dépassé 1,0 cas pour 100 000 habitants chez les plus jeunes sur l'ensemble des années pertinentes. En 2005, les hommes âgés de 30 à 39 ans détenaient le record du taux d'incidence des cas déclarés d'infection aiguë par le VHB, soit 3,1 cas pour 100 000 habitants. En 2012, ce taux avait baissé, passant à 1,5 cas pour 100 000 habitants. Durant cette période, ce taux a également accusé une forte baisse chez les hommes âgés de 40 à 59 ans, passant de 2,2 à 0,9 cas pour 100 000 habitants (données non illustrées).

Chez les femmes, des variations à la hausse et à la baisse ont été constatées dans le taux des cas déclarés d'hépatite B aiguë entre 2005 et 2012. La plupart des changements observés étaient marginaux, sauf pour les femmes de 20 à 24 ans, chez lesquelles ce taux a baissé de 71,8 %, passant de 1,3 à 0,4 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de cas déclarés était peu élevé chez les femmes, surtout chez les plus jeunes (< 30 ans). La surveillance continue des données des années suivantes permettra de dégager d'éventuelles nouvelles tendances chez la population féminine.

En 2012, le taux le plus élevé de cas déclarés d'infection aiguë par le VHB a été observé chez les hommes de 30 à 39 ans (1,5 cas pour 100 000 habitants). Venaient ensuite les femmes de 25 à 29 ans (1,1 cas pour 100 000 habitants). Dans l'ensemble, chez les deux sexes, le taux d'hépatite B aiguë était plus élevé chez les personnes âgées de 25 à 59 ans et plus faible chez les plus jeunes (< 20 ans) et chez les plus âgées (> 60 ans) (**Figure 2**).

Figure 2. Taux des cas déclarés d'hépatite B aiguë au Canada* par groupe d'âge et par sexe, Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, 2012



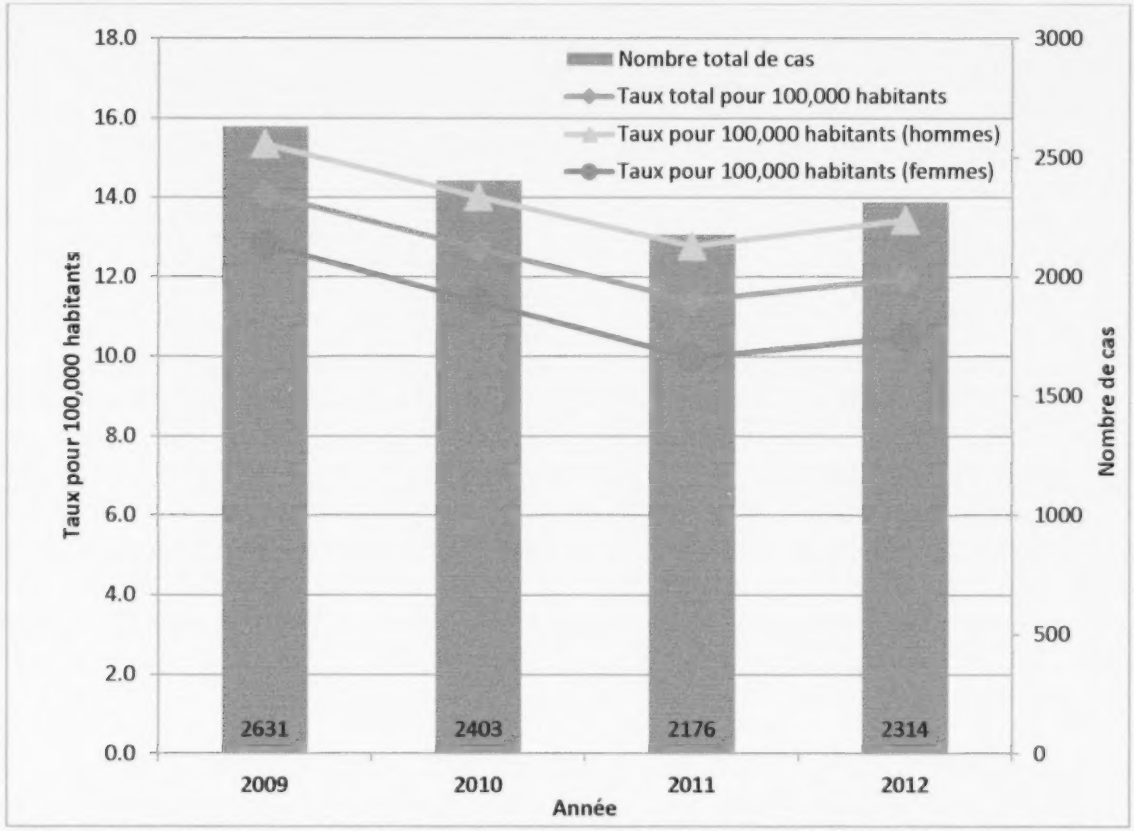
* Comprend les provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Yukon et Territoires du Nord-Ouest

Infection chronique par le VHB

Malgré les quelques fluctuations observées dans le taux d'incidence des cas déclarés d'infection chronique par le VHB entre 2009 et 2012, la tendance générale était à la baisse sur l'ensemble de cette période. En 2009, un total de 2 631 cas d'hépatite B chronique ont été déclarés, soit un taux d'incidence global de 14,1 cas pour 100 000 habitants. En 2012, 2 314 cas ont été déclarés, ce qui correspond à un taux de 12,0 cas pour

100 000 habitants. Entre 2009 et 2012, le taux d'hépatite B chronique est demeuré plus élevé chez les hommes que chez les femmes, malgré les variations de taux à la hausse et à la baisse observées chez les deux sexes **(Figure 3)**.

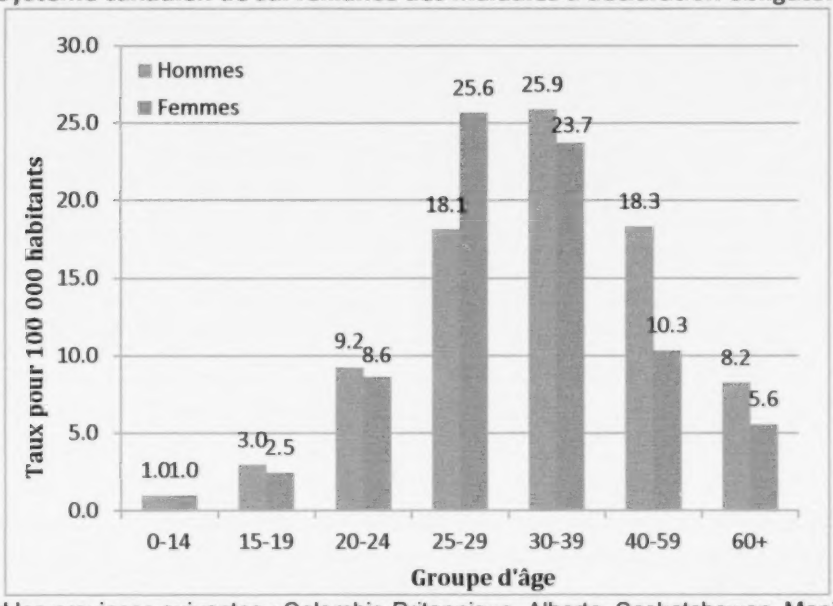
Figure 3. Nombre de cas déclarés d'infection chronique par le VHB et taux d'incidence correspondants au Canada* selon le sexe, Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, 2009-2012



* Comprend les provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse

En 2012, le taux des cas déclarés d'hépatite B chronique, pour tous les groupes d'âge, était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sauf dans le groupe des 25 à 29 ans où l'inverse a été constaté. Sur l'ensemble des données de 2012, les taux de cas déclarés d'hépatite B chronique les plus élevés ont été observés chez les hommes de 30 à 39 ans (25,9 cas pour 100 000 habitants); venaient ensuite les femmes de 25 à 29 ans (25,6 cas pour 100 000 habitants). En 2012, les taux étaient plus élevés dans le groupe des 20 à 59 ans, et plus faibles chez les hommes et les femmes plus jeunes (< 20 ans) et plus âgées (> 60 ans) (**Figure 4**).

Figure 4. Taux des cas déclarés d'hépatite B chronique au Canada* par groupe d'âge et par sexe, Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, 2012



* Comprend les provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Yukon

Discussion

C'est la première fois au Canada que les tendances des cas déclarés d'hépatite B et des taux d'incidence correspondants sont examinées en fonction du stade de l'infection, soit aigu ou chronique, à partir de données de surveillance nationale. Cette démarche permet de mieux cerner les tendances générales, en s'appuyant sur les données soumises par les provinces et territoires qui ont eu la possibilité de préciser le stade d'infection des cas déclarés au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire.

Les cas aigus d'hépatite B offrent de précieuses indications sur les tendances et les schémas actuels de transmission de la maladie au Canada. Le taux des cas déclarés d'hépatite aiguë a baissé de 45 % au Canada au cours de la période de déclaration. Le faible taux observé peut être attribuable à la mise en œuvre de programmes de vaccination systématique contre l'hépatite B. Les enfants qui ont reçu le vaccin contre l'hépatite B au début des années 1990 à l'époque de l'instauration de la vaccination systématique contre le VHB, ont maintenant atteint l'âge adulte. Étant donné qu'une proportion croissante de la population canadienne bénéficie d'une couverture vaccinale contre l'hépatite B, on peut raisonnablement s'attendre à ce que les taux d'hépatite B aiguë continuent de baisser.

Le fait que l'on n'ait pas observé de baisses comparables dans le nombre de cas d'infection chronique par le VHB n'est pas surprenant. Bien que les taux d'infection chronique par le VHB soient généralement faibles dans la population canadienne générale, des taux élevés ont été documentés chez des personnes nées à l'étranger. Il est estimé qu'environ 4 % des immigrants résidant au Canada sont atteints d'une infection chronique par le VHB (13).

Une baisse similaire des taux d'hépatite B aiguë a été observée dans les pays dont la structure démographique, l'état de santé de la population et l'infrastructure de la santé publique sont comparables à ceux du Canada, comme en témoignent les données issues des programmes de surveillance systématique ou améliorée (14-17). En ce qui a trait à l'infection chronique par le VHB, les taux observés au Canada étaient considérablement plus

faibles que ceux observés dans d'autres pays, bien qu'il soit difficile de comparer les données de divers pays, les pratiques en matière de déclaration des cas n'étant pas identiques (14,16).

Limites

L'interprétation des résultats doit tenir compte des diverses limites de la méthode. Premièrement, puisque les données sont fondées sur le nombre de cas déclarés, les changements apportés dans les pratiques de déclaration et de diagnostic à l'échelle des provinces et des territoires peuvent avoir une incidence sur les tendances. Nous avons tenté d'atténuer ces effets, en limitant notre analyse aux données issues de périodes et de provinces ou territoires où les déclarations étaient effectuées régulièrement. En outre, les taux fondés sur des nombres peu élevés de cas déclarés sont davantage sujets à fluctuer au fil du temps.

Deuxièmement, il se peut que les taux observés sous-estiment l'incidence réelle de l'hépatite B, par exemple en cas de sous-diagnostic des cas subcliniques ou faiblement symptomatiques. Selon les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, seulement 46 % des répondants canadiens dont les tests avaient révélé la présence d'une infection courante par le VHB ont indiqué qu'ils avaient reçu un diagnostic d'hépatite B (18). Il est reconnu que les cas d'hépatite B chronique déclarés au Canada objet du présent rapport sous-estiment la réalité en raison de l'absence de données sur l'hépatite B chronique en provenance de l'Ontario, province où réside une grande partie de la population canadienne, dont un grand nombre sont des immigrants issus de pays d'endémie pour la maladie (19). Selon une évaluation récente de la maladie hépatique, il est estimé qu'environ 50 % des personnes atteintes d'hépatite chronique B au Canada résident en Ontario (20).

Troisièmement, l'examen de tendances à plus long terme de l'hépatite B chronique au Canada est impossible puisque seuls quelques provinces et territoires déclaraient les cas chroniques de la maladie avant 2009.

Quatrièmement, étant donné que seuls les cas d'hépatite B aiguë et chronique sont pris en compte dans l'analyse présentée dans ce rapport, les résultats n'incluent pas tous les cas d'hépatite B déclarés au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Il n'est pas possible de déterminer le stade d'infection pour tous les cas de la maladie. En 2012, 737 (22,6 %) des 3 262 cas déclarés d'hépatite B sur l'ensemble du pays ne précisaient pas le stade d'infection. Ces cas non précisés, si leur stade d'infection était connu, pourraient faire augmenter le taux d'incidence des cas aigus ou chroniques.

Enfin, les données ont été analysées uniquement en fonction de l'âge, du sexe et du stade d'infection. Pour le moment, le Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire ne dispose d'aucun autre élément de données permettant d'expliquer les tendances observées. Par conséquent, il est impossible d'établir avec certitude la proportion de cas déclarés d'infection par le VHB imputable à l'importation de cas par des immigrants issus de pays endémiques, à l'utilisation de drogues injectables ou à des pratiques sexuelles à risque.

Conclusion

Du point de vue de la planification de programmes et de l'élaboration de politiques de santé publique, il est important de pouvoir identifier les populations touchées de façon disproportionnée par l'hépatite B ainsi que les facteurs associés à la transmission de l'infection. La surveillance, appuyée par des recherches penchées sur l'examen des facteurs influant sur les tendances observées, pourrait contribuer à la création et à l'amélioration d'interventions adaptées à la réalité de l'infection par le VHB au Canada.

Références

(1) Organisation mondiale de la Santé. Vaccins anti-hépatite B. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2009; 84(40):405-420.

(2) Tang CM, Yau TO, Yu J. Management of chronic hepatitis B infection: Current treatment guidelines, challenges, and new developments. *World J Gastroenterol*. mai 28 2014; 20(20):6262-6278.

(3) Heymann D editor. Control of communicable diseases manual. 19e éd. United States of America: American Public Health Association; 2008.
(4) Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès. Tableau de CANSIM 102-0521. Décès, selon la cause, Chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00 à B99), le groupe d'âge et le sexe, Canada. 2014.
Accès : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1020521&retrLang=fra&lang=fra. (Consulté en juin 2014).
(5) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Canadian national immunization report: Program update. *Paediatr Child Health* 1999; 4(Suppl C):30C.
(6) Agence de la santé publique du Canada. Soins primaires de l'hépatite B – Aide-Mémoire. 2013.
(7) Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation : Partie 4, vaccins actifs, vaccin contre l'hépatite B. 2012. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepb-fra.php. (Consulté en juillet 2013).
(8) Santé Canada. Guide canadien d'immunisation (6e édition). 2002.
(9) Laroche, J., Frescura, A., Belzak, L. Résultats de l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants de 2006 et 2009. Conférence canadienne sur l'immunisation, Québec (Québec), 2010.
(10) Agence de la santé publique du Canada. Couverture vaccinale des enfants canadiens : Résultats de l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants de 2011. 2014. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/vccc-cvec-fra.php. (Consulté en mai 2014).
(11) Agence de la santé publique du Canada. Couverture vaccinale des adultes au Canada : Résultats de l'Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENVA) de 2012. 2014. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/vcac-cvac-fra.php. (Consulté en mai 2014).
(12) Agence de la santé publique du Canada. Supplément : Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale. 2009. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2009; 35 (supplément 2).
(13) Greenway C, Narasiah L, Plourde P, Ueffing E, Pottie K, Deschenes MH, Wong DKH, Kuhn S, Heathcote JE. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Appendix 5: Hepatitis B: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal* 2011; 183(12).
(14) Centers for Disease Control and Prevention. Viral hepatitis surveillance - United States, 2011. 2011.
(15) Health Protection Agency. Acute hepatitis B (England): annual report for 2011. Health Protection Report 2012; 6(34).
(16) Australian Government Department of Health. Australia's notifiable disease status, 2011: Annual report of the National Notifiable Diseases Surveillance System. 2013.
(17) Centers for Disease Control and Prevention. Viral hepatitis statistics and surveillance: table 1b. Incidence per 100,000 population of acute symptomatic hepatitis A by state/area and year - United States, 1996-2008. 2010. Accès : http://www.cdc.gov/hepatitis/Statistics/2008Surveillance/Table1b.htm. (Consulté en juillet 2013).
(18) Rotermann, M., Langlois, K., Andonov, A., Trubnikov, M. Séroprévalence des infections par le virus de l'hépatite B et par le virus de l'hépatite C : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007 à 2009 et 2009 à 2011. Rapports sur la santé. 2013; 24(11):3-13.
(19) Emploi et Développement social Canada. Canadiens en contexte – Distribution géographique. 2013. Accès : http://www4.rhdcc.gc.ca/.3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=34&bw=1. (Consulté en août 2013).
(20) Fondation canadienne du foie. Les maladies du foie au Canada: Une crise en devenir. 2013.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les fournisseurs de soins de santé, les responsables de la santé publique, les laboratoires de santé publique ainsi que les provinces et les territoires qui ont participé aux activités de déclaration systématique de l'hépatite B.

Nous désirons également remercier Rachel MacLean pour sa contribution aux activités de surveillance de l'hépatite B au sein de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

Il n'y a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Résumé du guide de référence intitulé : *Soins primaires de l'hépatite B – Aide-mémoire*

Gale-Rowe M[1]*, Latham-Carmanico C[1], Lalonde F[1] et Wong T[1] au nom des auteurs et des collaborateurs

[1] Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)
* Auteure-ressource : Margaret.galerowe@phac-aspc.gc.ca

Introduction

L'hépatite B est une maladie extrêmement contagieuse évitable par la vaccination. Le Canada est une région de faible endémicité; cependant, certaines populations vulnérables, notamment les Autochtones, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les jeunes de la rue et les personnes incarcérées ou qui l'ont été dans le passé, sont touchées de façon disproportionnées. La faible prévalence est principalement attribuable aux programmes de vaccination universelle contre l'hépatite B, offerts et accessibles dans toutes les provinces et tous les territoires.

Au Canada, on estime que l'infection chronique par le VHB touche 300 000 personnes, ce qui représente moins de 1 % de la population canadienne. Les données semblent indiquer que 70 % des personnes porteuses d'une hépatite B chronique sont des immigrants provenant de régions de forte endémie. Deux tiers des personnes atteintes d'une infection chronique ne savent pas qu'elles sont porteuses de la maladie. En l'absence d'interventions appropriées, 15 à 40 % d'entre elles auront des séquelles à long terme de l'hépatite B, telles qu'une cirrhose, une hépatopathie ou un carcinome hépatocellulaire au stade terminal; elles peuvent en outre transmettre l'infection à d'autres. Le dépistage, le diagnostic et le traitement, le cas échéant, de l'infection chronique par le VHB sont d'une nécessité impérieuse pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la maladie et prévenir la transmission ultérieure du virus.

L'objectif du guide de référence intitulé *Prise en charge de soins primaires de l'hépatite B – Aide-mémoire* (1) est d'aider les fournisseurs de soins primaires et les praticiens de la santé publique à assurer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hépatite B chez les patients à risque d'infection ou infectés par le VHB. Un bref résumé du guide est présenté ci-dedans.

L'*Aide-mémoire* ne prétend pas se substituer aux exigences de la législation, des réglementations, des politiques et des pratiques cliniques en vigueur dans les provinces et les territoires ni aux lignes directrices professionnelles qui régissent et guident la pratique des fournisseurs de soins de santé dans leur province ou territoire respectif.

Méthodes

L'*Aide-mémoire* a été élaboré par l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec des membres du groupe de travail ayant des compétences spécialisées dans le domaine de l'hépatite B, du VIH et des co-infections connexes. Le contenu de ce document d'intérêt clinique tient compte des publications et des ressources fondées sur des données probantes actuelles, notamment *Management of Chronic Hepatitis B : Canadian Association for the Study of the Liver Consensus Guidelines [Prise en charge de l'hépatite B chronique : Lignes directrices consensuelles de l'Association canadienne pour l'étude du foie]* (2) et a été adapté à la lumière des commentaires soumis par des experts hépatologues, des spécialistes de laboratoire, des praticiens de la santé publique, des médecins et des infirmières.

Résultats

Le contenu de l'*Aide-mémoire* est divisé en 11 modules et offre des liens vers des ressources fiables à l'appui des recommandations les plus récentes sur la vaccination, le traitement et toute autre intervention de prise en charge. Le **tableau 1** donne les titres de tous les modules et offre un bref résumé du contenu de chaque module.

Tableau 1. Points saillants du guide de référence : *Soins primaires de l'hépatite B – Aide-mémoire*

Modules		Points saillants
1.	**Qui devrait être soumis à un test du VHB?**	Effectuer un dépistage systématique dès la première visite chez les patients présentant des facteurs de risque d'infection par le VHB (p. ex. exposition à du sang, activités sexuelles à risque élevé, utilisation de drogues par injection intraveineuse, incarcération, voyage ou résidence dans un pays d'endémie); dépistage systématique également chez les femmes enceintes et chez toute personne présentant une infection par le VHC ou le VIH, ou tout autre trouble immunosuppresseur, ou chez toute personne prévoyant de prendre un médicament immunosuppresseur. En outre, les cliniciens doivent soumettre au dépistage toute personne présentant des signes et symptômes évocateurs d'une hépatite aiguë ou un tableau clinique et des résultats d'analyse évocateurs d'une maladie du foie.
2.	**Approche pour le dépistage et la détection du VHB**	Les marqueurs sérologiques du VHB les plus couramment utilisés, pour détecter l'infection ou déterminer l'état immunitaire des personnes concernées, sont l'antigène de surface (AgHBs), l'anticorps de surface (anti-HBs) et l'anticorps nucléocapsidique (anti-HBc). Il existe d'autres marqueurs sérologiques, indiqués pour le dépistage du VHB en présence de certains tableaux cliniques ou pour la confirmation d'un diagnostic d'hépatite aiguë. Remarque : le choix des tests doit être fondé sur les antécédents et le tableau clinique du patient.
3.	**Interprétation des résultats des tests diagnostiques du VHB**	La grande diversité des tests diagnostiques et des marqueurs sérologiques disponibles pour l'hépatite B peut rendre l'interprétation des résultats difficiles et commander, le cas échéant, le recours à un spécialiste. Ce module regroupe dans un tableau l'interprétation des différents tests sérologiques de dépistage de l'hépatite B et les mesures connexes recommandées.
4.	**Prise en charge initiale des patients ayant un résultat HBsAg-positif**	Ce module propose un algorithme qui met en évidence les responsabilités des fournisseurs de soins primaires et des autorités de la santé publique. Le fournisseur de soins primaires informe le patient du diagnostic et communique ce diagnostic aux autorités locales de la santé publique. L'algorithme donne la liste des mesures spécifiques de suivi à prendre par le fournisseur de soins primaires et les autorités de la santé publique et met l'accent sur la nécessité pour les deux parties d'entretenir une communication continue afin d'assurer une prise en charge et un suivi appropriés des cas.
5.	**Évolution naturelle et prise en charge de l'infection aiguë par le VHB**	L'hépatite B aiguë ne nécessite pas de traitement antiviral, car 95 % des adultes immunocompétents se rétablissent en 6 mois et acquièrent une immunité à vie. La prise en charge de l'hépatite B aiguë comprend le soulagement des symptômes, le cas échéant, la surveillance et la prévention des complications hépatiques ainsi qu'un counseling destiné à prévenir la transmission. Ce module donne la liste des tests de laboratoire initiaux à effectuer, en précisant le délai à attendre pour répéter les tests de dépistage afin de confirmer ou d'écarter un diagnostic d'infection chronique. Il énonce également les situations graves dans lesquelles l'orientation des patients en urgence vers un spécialiste est indiquée.

6. Évaluation initiale du VHB chronique confirmé	Ce module fournit des conseils sur l'évaluation clinique de base et sur les analyses de laboratoire et examens d'imagerie initiaux à effectuer en présence d'un cas confirmé d'infection chronique et précise les situations dans lesquelles l'orientation urgente ou semi-urgente vers un spécialiste est indiquée.
7. Évolution naturelle du VHB chronique	L'évolution naturelle de l'hépatite B chronique est complexe et non linéaire, et varie d'une personne à l'autre. Une bonne connaissance des différentes phases d'évolution de la maladie peut aider à orienter les décisions en matière de traitement et de surveillance. Ce module décrit les phases d'évolution de l'hépatite B chronique et les taux de marqueurs sérologiques associés, expliquant les relations entre ces différentes phases et l'inflammation du foie, l'activité histologique, le degré de fibrose et le risque d'évolution vers une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire. Une représentation schématique des diverses phases de l'infection chronique est incluse.
8. Prise en charge à long terme du VHB chronique confirmé	Ce module décrit la fréquence recommandée de surveillance des paramètres sérologiques et histologiques, l'objectif étant d'éviter l'évolution vers une cirrhose, un carcinome hépatocellulaire et une décompensation hépatique. La réalisation tous les 6 mois, tout au long de la vie, d'un test de dépistage du carcinome hépatocellulaire au moyen d'une échographie abdominale est recommandée chez certains patients répondant aux critères énoncés. Le module offre également un tableau présentant le suivi recommandé pour les diverses phases de l'infection en fonction des résultats des analyses sérologiques et histologiques.
9. Traitement du VHB chronique et surveillance des patients en cours de traitement	Ce module ne fournit pas d'options ni de protocoles de traitement. Les professionnels de la santé sont invités à consulter les lignes directrices consensuelles 2012 de l'Association canadienne pour l'étude du foie énoncées dans le document intitulé *Management of Chronic Hepatitis B : Canadian Association for the Study of the Liver Consensus Guidelines 2012*. Les patients atteints d'une infection chronique par le VHB n'ont pas tous besoin de traitement; la décision de traiter ou non dépend de plusieurs facteurs. À l'heure actuelle, les traitements approuvés contre l'hépatite B sont les injections d'interféron ou l'administration orale d'analogues nucléosidiques ou nucléotidiques, traitements qui doivent être instaurés par un hépatologue ou tout autre médecin ayant de l'expérience dans la prise en charge de l'hépatite virale (p. ex. spécialiste des maladies infectieuses). Le module offre des conseils concernant la prise de décision de traiter, la mise en route et la durée du traitement. Il fournit également des lignes directrices concernant la surveillance continue des patients sous traitement et énonce les cas pour lesquels le suivi par un spécialiste est indiqué.
10. Liste de vérification pour la prévention et la vaccination	Ce module donne des liens permettant d'accéder aux détails des programmes de vaccination contre l'hépatite B financés par l'État offerts au Canada. Il comprend une liste de vérification visant à inciter les professionnels de la santé à discuter de la vaccination avec leurs patients et à leur proposer le vaccin, conformément aux recommandations du Guide canadien d'immunisation.

		Une attention particulière est accordée aux femmes enceintes. Si une femme enceinte est révélée séropositive pour le VHB, il est conseillé au médecin de l'orienter vers un spécialiste avant le troisième trimestre de sa grossesse afin de déterminer si l'instauration d'un traitement est indiquée pour prévenir la transmission verticale de l'infection et, si oui, à quel moment le traitement doit être instauré. Le module fournit également des conseils concernant le moment approprié d'arrêt du traitement après l'accouchement; il est à noter, toutefois, que l'arrêt du traitement **est envisageable uniquement** si la mère n'a pas besoin de suivre de traitement continu contre l'hépatite B.
11.	**Éducation et counseling des patients**	Ce module offre aux praticiens des conseils à prodiguer à tous les patients dans le but de réduire le risque de transmission, notamment des conseils sur la divulgation de l'infection et des conseils destinés tout particulièrement aux femmes enceintes et aux patients atteints d'une hépatite B aiguë. Il fournit également des directives générales destinées à aider les patients atteints d'une hépatite B chronique à réduire le risque de lésions hépatiques ainsi que des conseils précis à l'intention de tous les patients, notamment ceux atteints de cirrhose, sur les mesures à prendre pour maintenir un mode de vie sain.

Discussion

L'*Aide-mémoire* offre aux professionnels des soins primaires et de la santé publique un guide de référence clinique très utile et très pratique, les guidant à travers les principales étapes de la prise en charge de l'hépatite B et les orientant vers d'autres ressources fiables à leur disposition traitant des recommandations de traitement, d'immunisation et de prise en charge de la maladie.

Références

(1) Soins primaires de l'hépatite B – Aide-Mémoire : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hep/hbv-vhb/index-fra.php

(2) Coffin CS, Fung SK, Ma MM. Management of chronic hepatitis B: Canadian Association for the Study of the Liver consensus guidelines. *Can J Gastroenterol.* Dec 2012; 26(12): 917-38.

Remerciements

Mille mercis aux auteurs:

Andonov A, Ling R, Baril JG, Myers R, Brubacher C, Osiowy C, Butler G, Pritchard LM, Gale-Rowe M, Verkoeyen J, Heathcote J, Yim C, Latham-Carmanico C.

Mille mercis aux collaborateurs, le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections et le Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

Il n'y a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Le présent projet a été financé par l'Agence de la santé publique du Canada.

Résumé des recommandations pour la prévention de la contraction d'hépatites virales en voyage

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)*

* Auteur-ressource : catmat.secretariat@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Les hépatites virales sont considérées comme les maladies les plus courantes liées au voyage et évitables par la vaccination. Tous les voyageurs non immuns qui se rendent dans des pays en développement devraient envisager la vaccination en recevant un vaccin inactivé contre l'hépatite A et un vaccin contre l'hépatite B recombiné. Le vaccin inactivé contre l'hépatite A et le vaccin contre l'hépatite B recombiné sont sécuritaires, entraînent peu d'effets secondaires et fournissent une protection à long terme. Tous les vaccins monovalents contre l'hépatite A et l'hépatite B offerts au Canada ont la même efficacité et peuvent être administrés de manière interchangeable. Les immunoglobulines de l'hépatite A ne devraient être utilisées pour prévenir l'hépatite A que chez les personnes pour qui les vaccins contre l'hépatite A sont contre-indiqués, chez les personnes immunodéprimées qui pourraient ne pas réagir correctement aux vaccins actifs ou chez les nourrissons de moins d'un an. Tous les voyageurs devraient adopter des mesures de protection de routine à l'étranger. Les porteurs du virus de l'hépatite B qui voyagent dans un pays où l'hépatite D est endémique devraient être particulièrement vigilants et éviter les activités à risque élevé, comme le perçage de la peau et les pratiques sexuelles non sécuritaires.

Contexte

L'hépatite A est la maladie liée au voyage la plus courante pour laquelle il y a un vaccin efficace. Une carte des pays et des régions à risque d'infection par les virus de l'hépatite A et de l'hépatite B est disponible auprès de l'Organisation mondiale de la Santé. Des renseignements détaillés sur les vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B se trouvent dans le Guide canadien d'immunisation : épidémiologie au Canada, vaccins offerts, recommandations d'utilisation au Canada, précautions, contre-indications, etc. Un résumé complet des facteurs de risques de l'hépatite A et de l'hépatite B par les voyageurs et des recommandations se trouvent dans la Déclaration sur les vaccins contre l'hépatite à l'intention des voyageurs du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (1).

Prévention

Recommandations en matière de vaccins pour les voyageurs canadiens

Le vaccin inactivé contre l'hépatite A et le vaccin contre l'hépatite B recombiné sont sécuritaires, entraînent peu d'effets secondaires et fournissent une protection à long terme (2, 3). On considère qu'ils sont tous deux sans danger durant la grossesse et l'allaitement (3, 4). Tous les vaccins monovalents contre l'hépatite A et l'hépatite B offerts au Canada ont la même efficacité et peuvent être administrés de manière interchangeable pour lutter contre leur virus ciblé respectif (3, 5).

Tous les voyageurs non immuns qui se rendent dans des pays en développement devraient envisager la vaccination en recevant un vaccin inactivé contre l'hépatite A et un vaccin contre l'hépatite B recombiné (2, 6-9).

L'administration du vaccin contre l'hépatite A est considérée comme efficace jusqu'au jour du départ et ne requiert pas l'administration d'immunoglobulines (10, 11).

Il est recommandé que les voyageurs qui n'ont pas d'antécédents de vaccination contre l'hépatite B, ou pour lesquels l'antécédents est incomplète, de recevoir une série vaccinale avant leur départ. Si des voyageurs ne peuvent recevoir la série vaccinale complète avant leur départ, l'administration d'une ou deux doses de vaccin contre l'hépatite B avant le voyage pourrait fournir tout de même une certaine protection et constituera le début d'une série vaccinale qui pourra être terminée au retour (1).

Dans le cas des voyageurs qui consultent moins de 21 jours avant le départ, il y a lieu d'administrer séparément les vaccins monovalents contre l'hépatite A et l'hépatite B, et le reste des deux séries vaccinales au retour (1).

Les voyageurs atteints de l'hépatite C devraient recevoir les vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B, s'ils n'ont pas déjà été administrés par leur fournisseur de soins primaires (1).

Le vaccin contre l'hépatite A, le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin combiné hépatite A/hépatite B peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins, mais à un point d'injection différent et à l'aide d'une aiguille et d'une seringue distinctes (3).

Immunoglobulines

Le vaccin est l'agent de prophylaxie préexposition à privilégier pour l'hépatite A. Ainsi, les immunoglobulines ne devraient être utilisées pour prévenir l'hépatite A que chez les personnes pour qui les vaccins contre l'hépatite A sont contre-indiqués, chez les personnes immunodéprimées qui pourraient ne pas réagir correctement aux vaccins actifs ou chez les nourrissons de moins d'un an (1, 3).

L'administration concomitante d'immunoglobulines et du vaccin contre l'hépatite A n'est pas nécessaire (à l'exception peut-être des personnes immunodéprimées) et peut entraîner une réponse immunitaire moindre au vaccin contre l'hépatite A (10, 12, 13).

Il n'existe pas de préparation d'immunoglobulines ou de vaccin efficace disponibles au Canada qui offrent une protection contre les virus des hépatites C, D et E (9, 14-18).

Il peut être raisonnable de supposer l'immunité des personnes qui ont de fortes chances d'avoir déjà été exposées et pour qui le coût de l'immunisation est un problème important (p. ex. personnes ayant longtemps vécu dans une région où la maladie est endémique ou personnes ayant des antécédents de maladie compatibles). Si le temps le permet avant le voyage, il peut être financièrement avantageux de tester la présence d'immunoglobulines G dirigées contre le virus de l'hépatite A chez les adultes qui ont grandi dans un pays en développement ou qui sont nés au Canada avant 1945 et d'immuniser les personnes à risque seulement (3, 19, 20).

Test sérologique de routine

Il n'est pas nécessaire de procéder à des tests sérologiques après la vaccination contre l'hépatite A ou l'hépatite B, sauf chez les travailleurs de la santé et les voyageurs immunodéprimés. La séroprotection de ces personnes devrait être confirmée (3, 21, 22). Le Guide canadien d'immunisation recense les groupes à risque pour lesquels un test sérologique de l'hépatite B est recommandé avant l'immunisation.

Il n'est pas nécessaire de procéder à des tests sérologiques de routine pour déterminer la présence d'immunoglobulines G dirigées contre le virus de l'hépatite B (anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B) chez les voyageurs déjà immunisés, à l'exception des travailleurs de la santé chez qui la présence de ces anticorps n'a jamais été vérifiée (3).

Mesures de protection individuelle

Il faut conseiller aux voyageurs de prendre les mesures suivantes :

- Suivre de près les recommandations relatives à l'eau et aux aliments et se laver les mains fréquemment, afin de réduire au minimum les possibilités d'exposition aux virus de l'hépatite A ou de l'hépatite E (23-25).
- Adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires et éviter tout perçage de la peau volontaire, comme le tatouage, l'acupuncture ou le perçage corporel, afin de réduire au minimum les possibilités d'exposition aux virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou de l'hépatite D.
- Faire très attention au moment d'obtenir des soins médicaux ou dentaires nécessitant une intervention percutanée ou effractive, afin de réduire au minimum les possibilités d'exposition aux virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou de l'hépatite D (1, 21).

Les porteurs du virus de l'hépatite B qui voyagent dans un pays où l'hépatite D est endémique devraient être particulièrement vigilants et éviter les activités à risque élevé, comme le perçage de la peau et les pratiques sexuelles non sécuritaires (1).

L'immunoglobuline humaine n'offre pas une protection contre les virus de l'hépatite C, de l'hépatite D ou de l'hépatite E, et, à l'heure actuelle, aucun vaccin ciblant ces infections n'est disponible.

Références

(1) Comité consultatif de la médecine tropicale et la médecine des voyages. Déclaration sur les vaccins contre l'hépatite à l'intention des voyageurs. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2008; 34(DCC-2):1-24.

(2) Keystone JS. Travel-related hepatitis B: Risk factors and prevention using an accelerated vaccination schedule. *Am J Med.* 2005; 118(10):63-68.

(3) Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation. 2014. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php. [consulté le 29 mai 2014].

(4) Duff B, Duff P. Hepatitis A vaccine: Ready for prime time. *Obstet Gynecol.* 1998; 91(3):468-471.

(5) Zuckerman JN, Kirkpatrick CT, Huang M. Immunogenicity and reactogenicity of Avaxim (160 AU) as compared with Havrix (1440 EL.U) as a booster following primary immunization with Havrix (1440 EL.U) against hepatitis A. *J Travel Med.* Mars 1998; 5(1):18-22.

(6) Zuckerman JN, Steffen R. Risks of hepatitis B in travelers as compared to immunization status. *J Travel Med.* 2000; 7(4):170-174.

(7) Mutsch M, Spicher VM, Gut C, Steffen R. Hepatitis A virus infections in travelers, 1988-2004. *Clin Infect Dis.* 15 février 2006; 42(4):490-497.

(8) Van Damme P, Van Herck K. Effect of hepatitis A vaccination programs. *JAMA.* 13 juillet 2005; 294(2):246-248.

(9) Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Information for International Travel 2014. New York: Oxford University Press; 2014.

(10) Connor BA. Hepatitis A vaccine in the last-minute traveler. *Am J Med.* Octobre 2005; 118:58-62.

(11) Sagliocca L, Amoroso P, Stroffolini T, Adamo B, Tosti ME, Lettieri G, *et al.* Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: A randomised trial. *Lancet.* 3 avril 1999; 353(9159):1136-1139.

(12) Werzberger A, Mensch B, Kuter B, Brown L, Lewis J, Sitrin R, *et al.* A controlled trial of a formalin-inactivated hepatitis A vaccine in healthy children. *N Engl J Med.* 13 août 1992; 327(7):453-457.

(13) Bader TF. Hepatitis A vaccine. *Am J Gastroenterol.* Février 1996; 91(2):217-222.

(14) Heymann DL. Viral Hepatitis C. *In*: Control of Communicable Disease Manual. 19e éd. Washington, DC: American Public Health Association; 2008. p. 293-295.

(15) Heymann DL. Viral Hepatitis E. *In*: Control of Communicable Diseases Manual. 19e éd. Washington, DC: American Public Health Association; 2008. p. 298-300.

(16) Khuroo MS. Viral hepatitis in international travellers: Risks and prevention. Int J Antimicrob Agents. Février 2003; 21(2):143-152.

(17) Puro V, De Carli G, Scognamiglio P, Porcasi R, Ippolito G, Studio Italiano Rischio Occupazionale HIV. Risk of HIV and other blood-borne infections in the cardiac setting: Patient-to-provider and provider-to-patient transmission. *Ann NY Acad Sci.* Novembre 2001; 946:291-309.

(18) Heymann DL. Delta Hepatitis. *In*: Control of Communicable Diseases Manual. 19e éd. Washington, DC: American Public Health Association; 2008. p. 295-297.

(19) Grabenstein J. Hepatitis A vaccine. ImmunoFacts. 2006:175-85.

(20) Ford, P.M., White, C., Kaufmann, H., MacTavish, J., Pearson, M., Ford, S., *et al.* Séroprévalence de l'hépatite c dans un pénitencier fédéral pour femmes au canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 1995; 21(14):132-134.

(21) Hutin YJ, Hauri AM, Armstrong GL. Use of injections in healthcare settings worldwide 2000: Literature review and regional estimates. *BMJ*. 8 novembre 2003; 327:1075-80.

(22) Pasricha N, Datta U, Chawla Y, Singh S, Arora SK, Sud A, *et al.* Poor responses to recombinant HBV vaccination in patients with HIV infection. *Trop Gastroenterol*. Octobre-décembre 2005; 26(4):178-182.

(23) Comité consultatif de la médecine tropicale et la médecine des voyages. Déclaration sur la diarrhée du voyageur. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2001; 27:1-12.

(24) Organisation mondiale de la Santé. Hépatite A. 2013.
Accès : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/fr/ [consulté le 28 mai 2014].

(25) Organisation mondiale de la Santé. Hépatite E. 2013.
Accès : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs280/fr/ [consulté le 28 mai 2014].

Remerciements

Ce résumé a été préparé et révisé par Teitelbaum P., Libman M., Crockett M., McCarthy A. et Geduld J. (Agence de la santé publique du Canada).

Membres du CCMTMV : Boggild A., Brophy J., Bui Y. G., Crockett M., Ghesquiere W., Greenaway C., Henteleff A., Libman M., Teitelbaum P. et McCarthy A. (présidente)

Représentants chargés de la liaison : Hui C. (Société canadienne de pédiatrie) et Gershman M. (Centers for Disease Control and Prevention [États-Unis]).

Membres d'office : Marion D. (Centre des services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale), McDonald P. (Division des médicaments anti-infectieux, Santé Canada), Schofield S. (Direction de la protection de la santé de la Force, ministère de la Défense nationale) et Tepper M. (Direction de la protection de la santé de la Force, ministère de la Défense nationale).

Membre émérite : Jeanes C. W. L.

Conflit d'intérêts

Aucun déclaré

Déclaration concernant le poliovirus et les voyageurs internationaux du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages

*Auteur-ressource : chui@cheo.on.ca

Résumé structuré

Introduction : Le 5 mai 2014, l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré la récente propagation internationale du poliovirus sauvage urgence de santé publique de portée internationale. Des recommandations temporaires ont été publiées afin de réduire le risque de nouvelle propagation de la maladie. Celles-ci visent particulièrement les pays qui exportent actuellement le poliovirus sauvage et ceux qui sont infectés par le poliovirus sauvage mais qui ne l'exportent pas. La présente déclaration a pour objet d'examiner les répercussions de ces nouvelles recommandations temporaires pour les voyageurs canadiens et de fournir des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé pour la prévention de la poliomyélite (polio) chez les voyageurs canadiens.

Méthodes : Cette déclaration a été préparée par le Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV) et se veut un complément au Guide canadien d'immunisation, une ressource exhaustive sur l'immunisation. Le CCMTMV a pris en considération la nécessité de protection ainsi que les effets indésirables potentiels de la vaccination.

Contexte : La poliomyélite est une maladie virale très contagieuse évitable par la vaccination. Asymptomatique dans la majorité des cas, la poliomyélite s'attaque au système nerveux central et entraîne une paralysie dans environ 1 % des cas.

Épidémiologie et risque pour le voyageur : En 1994, le Canada a été déclaré exempt de poliovirus sauvage. Les cas survenus depuis lors ont été associés à des cas importés et, dans de rares cas (1 pour 2,7 millions de doses), à la poliomyélite paralytique contractée à la suite de l'administration du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Il existe toujours un risque de contracter la maladie pour les voyageurs qui se rendent dans des régions où la poliomyélite n'est pas éradiquée.

Prévention : La vaccination systématique des enfants et des adultes est recommandée au Canada. La version la plus récente du Guide canadien d'immunisation présente des renseignements complets sur les recommandations concernant le vaccin contre la poliomyélite au Canada. Les voyageurs doivent s'assurer qu'ils sont vaccinés contre la poliomyélite avant de se rendre dans des pays où l'on sait ou soupçonne qu'il y a circulation du poliovirus.

Introduction

Le 5 mai 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la récente propagation internationale du poliovirus sauvage urgence de santé publique de portée internationale (1, 2). Cette déclaration faisait suite aux éclosions de poliomyélite dues aux cas importés dans plusieurs pays en 2013 où la maladie avait été éradiquée. En 1988, une initiative mondiale visant l'éradication de la poliomyélite pour l'an 2000 a été mise en œuvre à la suite de l'adoption d'une résolution par l'Assemblée mondiale de la Santé. La poliomyélite était alors endémique dans 125 pays sur cinq continents. C'est ainsi que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (disponible en anglais seulement) est née, sous la direction des gouvernements nationaux, de l'OMS, du Rotary

International, des Centers for Disease Control and Prevention et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance. En 1999, la poliomyélite de type 2 avait été éradiquée à l'échelle mondiale. Au début de 2013, le nombre des cas de poliomyélite avait diminué de plus de 99 %, les trois pays d'endémie restant étant l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan (3, 4).

En 2013, la République arabe syrienne, le Cameroun et un certain nombre de pays de la Corne de l'Afrique, dont la Somalie, l'Éthiopie et le Kenya, présentaient des éclosions de poliomyélite, par suite de l'importation de pays où la maladie était endémique (4). En outre, le virus a été détecté dans les échantillons d'eaux usées en Israël, en Cisjordanie et dans la bande de Gaza, mais aucun cas n'a été signalé à ce jour.(4). Des cas de poliomyélite attribuables à la circulation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ont été signalés en 2013 au Nigéria, au Niger, au Tchad, au Cameroun, au Pakistan, en Afghanistan, en Somalie et au Yémen.

En vue de limiter une nouvelle propagation de la poliomyélite, une intervention internationale coordonnée a été jugée essentielle. Les recommandations temporaires concernant la vaccination antipoliomyélitique ont été publiées en application du *Règlement sanitaire international* 2005 et seront évaluées dans un délai de trois mois. Celles-ci visent particulièrement les pays qui exportent actuellement le poliovirus sauvage et ceux qui sont infectés par le poliovirus sauvage mais qui ne l'exportent pas (1, 2). Ces recommandations comprennent des directives sur la vaccination avant d'entreprendre des voyages internationaux pour les personnes résidant ou effectuant un séjour de longue durée dans ces pays (pour la description complète, se reporter à la référence (1)). Le site Web de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (disponible en anglais seulement) présente notamment la liste des pays où des cas confirmés d'infection à poliovirus sauvage sont signalés ainsi que des mises à jour hebdomadaires sur la situation épidémiologique et la répartition du nombre de cas de poliovirus sauvage par pays. L'Agence de la santé publique du Canada présente également des conseils de santé aux voyageurs à jour, de même que la situation mondiale de la polio (5). La présente déclaration a pour objet d'examiner les répercussions de ces nouvelles recommandations temporaires pour les voyageurs canadiens et de fournir des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé pour la prévention de la poliomyélite chez les voyageurs canadiens.

Méthodes

Cette déclaration a été élaborée par un groupe de travail du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV). Chaque membre est bénévole, et aucun d'entre eux n'a signalé de conflit d'intérêts pertinent. La déclaration a été élaborée comme complément à la révision approfondie de la documentation et à l'analyse effectuée pour formuler les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, présentées dans le Guide canadien d'immunisation, une ressource exhaustive sur l'immunisation. Le CCMTMV a pris en considération la nécessité de protection, les exigences en matière de vaccination et les effets indésirables potentiels de la vaccination.

Contexte

La poliomyélite est une maladie virale extrêmement contagieuse, évitable par la vaccination, qui est causée par l'un des trois sérotypes de poliovirus (types 1, 2 et 3). Aujourd'hui, la poliomyélite est causée principalement par le type 1, car le type 2 a été éradiqué à l'échelle mondiale en 1999 et le type 3 a été ramené à son plus bas niveau. La manifestation clinique est plus fréquente chez les enfants de moins de cinq ans; cependant, toute personne non immunisée contre le poliovirus, peu importe son âge, peut contracter l'infection. La poliomyélite se transmet d'une personne à une autre, principalement par voie fécale-orale. La transmission par contact étroit avec les sécrétions ou la salive d'une personne infectée est également possible, mais rare.

La plupart des personnes infectées ne présentent aucun symptôme, mais dans environ 1 % des cas, la poliomyélite peut s'attaquer au système nerveux central et détruire les cellules nerveuses qui font fonctionner les muscles, ce qui entraîne la paralysie. La plupart des cas de poliomyélite sont causés par le virus qui circule naturellement dans l'environnement (virus de type sauvage). Dans de très rares cas, l'infection peut être causée

par les souches du virus présentes dans le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Lorsqu'elle est contractée, l'infection par la souche vaccinale du virus (poliomyélite paralytique associée à la vaccination) se produit généralement après l'administration du VPO (environ 1 pour 2,7 millions de doses), mais peut parfois survenir chez les contacts étroits. Le (VPO) n'est pas offert sur le marché canadien, bien qu'il continue d'être largement utilisé à l'échelle internationale. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), qui est utilisé au Canada, ne cause pas d'infection ni la poliomyélitique paralytique associée à la vaccination.
Le VPIse compose de souches inactivées des trois types de poliovirus. Ce vaccin déclenche une excellente réponse immunitaire protectrice chez la plupart des patients. Cependant, comme le vaccin n'induit qu'une très faible immunité mucosale, le poliovirus administré peut tout de même se multiplier et être excrété dans les matières fécales des personnes immunisées.

Une description complète des vaccins antipoliomyélitiques homologués au Canada peut être obtenue dans le Guide canadien d'immunisation (6).

Épidémiologie de la poliomyélite au Canada

En 1994, l'OMS a déclaré le Canada exempt de poliovirus sauvage (7, 8). Au Canada, le dernier cas de poliovirus sauvage est survenu en 1977 (6). Les cas de poliomyélite signalés depuis lors au Canada ont été associés à des cas importés d'infection à poliovirus sauvage et à l'utilisation du VPO. Entre 1980 et 1995, 11 cas de poliomyélite paralytique associée à l'administration du VPO ont été signalés au Canada (6). En 1995 et 1996, tous les programmes de vaccination ont abandonné le VPO pour utiliser le VPI. Une description complète de l'épidémiologie de la poliomyélite au Canada est présentée dans le Guide canadien d'immunisation (6).

Risque pour les voyageurs

Jusqu'à ce qu'on ait déclaré officiellement l'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale, il y aura un risque pour les voyageurs. Il existe peu ou pas de risques pour les personnes qui se rendent dans des régions où la poliomyélite a été éliminée, comme en Amérique, en Europe et dans les pays du Pacifique occidental. Le risque pour les voyageurs qui se rendent dans d'autres régions est faible, mais dépend de facteurs tels que la durée du séjour, les conditions de vie ainsi que la salubrité de l'eau et des aliments du pays visité.

Prévention

Recommandations en matière de vaccins pour les voyageurs canadiens

Peu importe le programme de voyage, la vaccination systématique des enfants et des adultes est recommandée au Canada. Chez les enfants, on recommande une série primaire de vaccins à 2, 4 et 6 mois ainsi qu'entre 12 et 23 mois (habituellement à 18 mois) et une dose de rappel entre 4 et 6 ans. Des renseignements complets sur les recommandations concernant le vaccin antipoliomyélitique au Canada sont présentés dans la version la plus récente du Guide canadien d'immunisation, et les calendriers d'immunisation provinciaux et territoriaux sont affichés sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (6).

Le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) est le seul vaccin offert actuellement au Canada.

Pour les voyageurs qui se rendent dans des pays où l'on sait qu'il y a circulation du poliovirus ou dans des pays qui présentent un risque d'importation de la poliomyélite :

Il est conseillé aux personnes qui voyagent avec des enfants ou des nourrissons non immunisés de ***sérieusement envisager de reporter leur voyage*** dans les régions où la poliomyélite est endémique ou dans les régions où des éclosions surviennent, et ce, idéalement jusqu'à l'immunisation complète des enfants ou des nourrissons non immunisés ou jusqu'à ce qu'ils aient reçu au moins deux doses du VPI (taux de séroprotection de 90 %, se reporter à la section *Immunogénicité et innocuité du vaccin*).

Nourrissons

1) Lorsqu'une protection rapide est nécessaire, la première dose du vaccin DCaT-VPI-Hib ou du vaccin DCaT-HB-VPI-Hib peut être administrée à l'âge de 6 semaines.
2) On peut donner les trois premières doses à intervalles de 4 semaines.
3) Idéalement, la quatrième dose devrait être donnée 12 mois après la troisième dose.
4) Dans certaines situations (p. ex. voyage), la quatrième dose peut être administrée au minimum 6 mois après la troisième dose; il faut toutefois que l'enfant soit âgé de 12 mois ou plus pour assurer une immunité prolongée.
5) Si le VPI n'est pas disponible dans la région où le nourrisson doit se rendre, on peut compléter la série vaccinale en utilisant le VPO. Les parents des nourrissons qui reçoivent le VPO devraient être informés que les bébés peuvent excréter le poliovirus pendant quelques semaines après la vaccination (se reporter à la section Immunogénicité et innocuité du vaccin); la vaccination antipoliomyélitique des contacts familiaux et des personnes qui s'occupent de ces bébés devrait donc être à jour. Les personnes qui s'occupent de ces bébés devraient également être informées de l'importance de bien se laver les mains après le changement de couches. Le risque de poliomyélite paralytique associée à la vaccination est faible (environ 1 pour 2,7 millions de doses distribuées).
6) Si le voyage ne peut être reporté, les risques d'un programme de vaccination incomplet avant le départ doivent être communiqués aux parents (se reporter à la section Immunogénicité et innocuité du vaccin).

Enfants non immunisés

1) Les enfants non immunisés devraient entreprendre une série primaire d'un vaccin contenant le VPI, et la possibilité d'adopter un calendrier accéléré (consulter le *Calendrier*) (6).

Voyageurs non immunisés ou non complètement immunisés

Les voyageurs qui ne sont pas immunisés ou qui ne le sont pas complètement devraient recevoir un vaccin contenant le VPI qui convient à leur âge (se reporter au Guide canadien d'immunisation).

Les enfants qui ont reçu une série primaire complète n'ont pas à recevoir d'autres doses du VPI avant un voyage.

Dans le cas des adultes qui ont reçu une série primaire complète, **l'administration d'une dose unique d'un vaccin à composant antipoliomyélitique est recommandée.**

Recommandations temporaires concernant les voyages à l'étranger

1. **Les recommandations sont fondées sur la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale de l'Organisation mondiale de la Santé. Ces recommandations visent à prévenir la propagation de la poliomyélite; leur objectif principal n'est pas la protection du voyageur.**

   Les voyageurs qui ont l'intention d'effectuer un séjour de longue durée (plus de 4 semaines) dans l'un des pays d'où le poliovirus est exporté ou dans l'un des pays où le poliovirus est présent doivent se conformer aux récentes recommandations de l'OMS, c'est-à-dire recevoir une dose de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) ou de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans un délai de 4 semaines à 12 mois avant un voyage international. Par conséquent, pour qu'une personne puisse sortir de l'un de ces pays ou entrer dans un autre, elle devra vraisemblablement recevoir une dose de

rappel du vaccin antipoliomyélitique, même si elle a déjà reçu la dose de rappel à l'âge adulte et qu'elle est considérée comme adéquatement immunisée.

Les pays qui exportent actuellement le poliovirus sauvage sont ***le Pakistan, la Guinée équatoriale, le Cameroun et la République arabe syrienne*** et les pays où le poliovirus sauvage est présent actuellement mais qui ne l'exportent pas sont ***l'Afghanistan, l'Éthiopie, l'Iraq, Israël, la Somalie et, plus particulièrement, le Nigéria***. L'OMS a élaboré une *foire aux questions* pour les voyageurs (disponible en anglais seulement) au sujet des recommandations temporaires (9).

2. **Voyage en Inde**

   Le ministère de la Santé et du Bien-être social de l'Inde (disponible en anglais seulement) a dressé sa propre liste de pays où la poliomyélite est endémique et de pays où des cas importés de poliomyélite ont été signalés et a publié des exigences pour les visiteurs originaires de ces pays précisant que ces derniers doivent présenter une preuve de vaccination par le VPO avant d'entrer en Inde. Les résidents indiens doivent présenter une preuve de vaccination par le VPO avant de voyager dans ces pays (10).

   Ces exigences ne sont pas obligatoires pour les citoyens canadiens (c.-à-d. ressortissants étrangers) ni les voyageurs canadiens, tant pour entrer en Inde et en sortir que pour un transit dans des pays où le poliovirus est présent.

3. **Carnet de vaccination contre la poliomyélite**

   On recommande aux voyageurs visés par ces recommandations temporaires d'apporter un carnet de vaccination écrit dans le cas où une preuve de vaccination serait demandée pour satisfaire aux exigences d'entrée et de sortie (11). Selon le *Règlement sanitaire international* 2005, le Certificat international de vaccination ou de prophylaxie est le document officiel pour montrer une preuve de vaccination contre la poliomyélite. On peut se le procurer actuellement dans les Centres de vaccination contre la fièvre jaune au Canada. Le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada présente la liste complète de ces centres.

   L'Agence de la santé publique du Canada a élaboré des lignes directrices pour remplir le *Certificat international de vaccination ou de prophylaxie*.

Immunogénicité et innocuité du vaccin

Des études ont montré que plus de 89 à 100 % des nourrissons ayant reçu le VPI selon un calendrier à deux doses (à l'âge de 2 et 4 mois) et de 93 à 100 % des nourrissons ayant reçu le vaccin selon un calendrier à trois doses (à l'âge de 2, 3 et 4 mois) ont développé des anticorps séroprotecteurs un mois après l'administration de la dernière dose. À titre de comparaison, le taux de séroprotection est de près de 100 % selon un calendrier d'administration du vaccin à 2, 4, 6 mois et entre 12 et 18 mois (12).

Les effets indésirables qui se manifestent après l'administration du VPI se limitent généralement à des réactions bénignes au point d'injection. Les effets indésirables graves sont rares après l'administration des vaccins contenant le VPI et, dans la plupart des cas, les données sont insuffisantes pour établir un lien de causalité. On a déjà observé des réactions anaphylactiques, mais seulement dans de très rares cas (6).

Après l'immunisation par le VPO, les souches vaccinales du poliovirus peuvent persister dans la gorge pendant une à deux semaines, et dans les matières fécales pendant plusieurs semaines. Dans de rares cas, et notamment chez les personnes immunodéprimées, le poliovirus (résultant d'une infection naturelle ou de l'administration du VPO) peut être excrété pendant de longues périodes (allant de plus de six mois à quelques années). Une description complète de l'innocuité du vaccin est présentée dans le Guide canadien d'immunisation.

Les personnes non immunisées peuvent être « passivement immunisées » lorsqu'elles entrent en contact avec les souches du VPO, généralement dans les matières fécales. L'immunisation par le VPI n'entraîne pas l'excrétion des souches vaccinales.

Voyageurs immunodéprimés

Le VPI peut être administré aux voyageurs immunodéprimés. Le VPO ne doit pas être administré aux personnes immunodéprimées qui prévoient effectuer un séjour de plus de quatre semaines dans un pays qui exige une dose de rappel pour quitter. Si le VPO est le seul vaccin offert dans ce pays, il pourrait s'avérer utile que ces personnes aient une lettre d'exemption.

Interventions en matière d'hygiène

On recommande aux voyageurs d'adopter de bonnes mesures d'hygiène, dont le lavage fréquent des mains, afin de réduire le risque de transmission de la poliomyélite lors d'un voyage.

Références

(1) Organisation mondiale de la Santé. 2014. Déclaration de l'OMS suite à la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/fr/. [consulté le 14 mai 2014].

(2) Global Polio Eradication Initiative. Polio News, Special Alert. 2014. http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Media/Newsletter/PN201404_EN.pdf. [consulté le 20 mai 2014].

(3) Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan Stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018. Genève (Suisse) : OMS, 2013.

(4) Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques – Janvier 2014. Relevé épidémiologique hebdomadaire (28 février 2014); 89(9):73-92.

(5) Agence de la santé publique du Canada. Polio (poliomyélite) : situation mondiale. http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/conseils-sante-voyageurs/polio. [consulté le 20 mai 2014].

(6) Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation. Cat. : HP40-3/2014F éd., Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2014.

(7) Robbins FC, de Quadros CA. Certification of the eradication of indigenous transmission of wild poliovirus in the Americas. *J Infect Dis.* février 1997 ; 175 (Suppl 1):S281-5.

(8) Working Group on Polio Eradication, Bentsi-Enchill A. Protocol for the investigation of acute flaccid paralysis and suspected paralytic poliomyelitis. *Paediatr Child Health* 1997; 2(6):409-412.

(9) World Health Organization. 2014. Frequently Asked Questions for Travellers. http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Emergency/FAQs_travellers.pdf. [consulté le 20 mai 2014].

(10) Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. Requirements of polio vaccination for international travellers between India and polio infected countries. 2014. http://mohfw.nic.in/WriteReadData/l892s/8285260748Requirement%20of%20Polio%20vaccination%20for%20International%20travellers%20between%20India%20&%20polio%20infected%20countries.pdf. [consulté le 15 mai 2014].

(11) Organisation mondiale de la Santé. Voyages internationaux et santé. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2012.

(12) Plotkin S, Vidor E. Poliovirus Vaccine (Inactivated). In: Plotkin S, Orenstein W, Offit P, éditeurs. Vaccines. 5e éd. Philadelphia: Saunders; 2008.

Remerciements

La présente déclaration a été préparée par le groupe de travail sur la poliomyélite : Hui C., Teitelbaum P., Bui Y. G. et Geduld, J.

Le CCMTMV tient à remercier Kelsie Jagt et Tanya Straight-Caron pour leur contribution à la déclaration.

Membres du CCMTMV : Boggild A., Brophy J., Bui Y. G., Crockett M., Ghesquiere W., Greenaway C., Henteleff A., Libman M., Teitelbaum P. et McCarthy A. (présidente)

Représentants chargés de la liaison : Hui C. (Société canadienne de pédiatrie) et Gershman M. (Centers for Disease Control and Prevention [États-Unis.]).

Membres d'office : Marion D. (Centre des services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale), McDonald P. (Division des médicaments anti-infectieux, Santé Canada), Schofield S. (Direction de la protection de la santé de la Force, ministère de la Défense nationale) et Tepper M. (Direction de la protection de la santé de la Force, ministère de la Défense nationale)

Membre émérite : Jeanes C. W. L.

Conflit d'intérêts

Aucun déclaré

Actualités sur les maladies infectieuses

Brefs résumés d'articles récemment publiés au sujet de maladies infectieuses

Management of chronic Hepatitis B infection: Current treatment guidelines, challenges, and new developments [Prise en charge de l'infection chronique par le virus de hépatite B : Les lignes directrices actuelles en matière de traitement, les défis et les nouvelles réalités]

Les lignes directrices internationales actuelles recommandent comme traitement de première intention de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) l'administration de PEG-Interféron (entécavir ou ténofovir), mais le traitement optimal est controversé. Des données probantes de plus en plus nombreuses semblent pencher en faveur du recours au génotypage du VHB ainsi qu'à la réalisation, en cours de traitement, de mesures sérielles de l'antigène de surface HB et de la cinétique de l'ADN viral dans le but de prédire et de surveiller l'évolution de la réponse au traitement antiviral. La prolongation du traitement et le recours à une polythérapie pourraient permettre d'augmenter la probabilité d'obtenir une réponse virologique soutenue.

Tang C, On Yau T, Yu J, *World J Gastroenterol* 28 mai 2014; 20(20): 6262-6278

Les membres du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV) pleurent la mort de C. William (Bill) Jeanes.

D^{r} Bill Jeanes, membre émérite du CCMTMV, est décédé le 1er juillet 2014. Il était l'un des membres fondateurs du CCMTMV et a participé à ses réunions pendant 24 années. L'étendue et l'ampleur de son expérience et de sa vision nous manqueront.

http://www.legacy.com/obituaries/ottawacitizen/obituary.aspx?n=c-william-l-jeanes-bill&pid=171615810